Circulés

ote sur les tumeurs dermoïdes du crâne

Nous avons vu, dans le service du Dr Lascowski, à l'ambulance du Cours-la-Reine, une blessure curieuse, dans laquelle une balle avait abrasé, en passant transversalement, *une partie de la tubérosité antérieure du tibia* au-dessous du tendon rotulien, et qui s'était terminée par guérison sans arthrite suppurée de l'articulation du genou.

Les *fractures incomplètes* dans lesquelles rentrent les cas d'*écorniflures* que je viens de mentionner se présentent en second lieu et assez fréquemment sous la forme de solution de continuité *par perforation :* nous en avons observé trois cas : le premier est une perforation antéro-postérieure du condyle interne du genou droit par la balle, et terminée fatalement, ainsi que les deux derniers : le troisième exemple est relatif à la perforation de l'extrémité supérieure du tibia par la volumineuse balle du fusil à tabatière ; enfin le plus curieux, sans contredit, et dont je n'ai trouvé d'analogue dans aucun auteur, est celui d'une *petite perforation qu'un éclat d'obus piquant, mais étroit, fit au milieu du corps de la quatrième côte gauche,* chez un homme qui, ayant voulu dévisser un obus, l'avait fait éclater : le blessé mourut d'une pleuro-pneumonie suppurée.

Les *fissures*, les *fêlures* existant seules sont rares : mais elles sont, au contraire, très-fréquentes au niveau des perforations que nous venons de mentionner et d'où elles partent en différents sens, à la manière de rayons : dans les fractures complètes on les retrouve encore presque toujours, mais alors comme lésion accessoire. Nous avons aussi rencontré plusieurs cas dans lesquels des parcelles de balles fragmentées s'étaient enfoncées soit dans le tissu compacte des diaphyses, soit au niveau des épiphyses, et avaient déterminé des fractures incomplètes, que nous pouvons dénommer *par incrustation.*

Une fille de 32 ans (Célestine B...), blanchisseuse, portait du linge à Asnières le 9 mai 1871 : un obus éclate près d'elle et un éclat lui emporte complétement la jambe au niveau de la partie moyenne : cette pauvre fille tombe, mais ne perd pas connaissance, et, une fois par terre, en étendant la main, *elle ramasse elle-même sa jambe et son pied qu'elle remet dans son panier.* A l'ambulance, je lui fais une amputation au niveau du tiers supérieur et je panse la jambe gauche qui offrait en outre un séton de la partie supérieure de l'espace interosseux. La

LIBRAIRIE

Mon excellent collègue
Legouest — J. G.

NOTE

SUR LES

TUMEURS DERMOÏDES

DU CRANE

PAR J. GIRALDÈS,

Chirurgien de l'hôpital des Enfants, professeur agrégé à la Faculté.

EXTRAIT

des COMPTES RENDUS DES SÉANCES ET MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE,
de l'année 1866.

Les affections chirurgicales congénitales forment un curieux et intéressant chapitre de la pathologie chirurgicale; malgré son intérêt, cette question a été à peine effleurée. Les livres de chirurgie laissent une grande lacune à cet endroit, et toutes les fois qu'ils s'en occupent, une confusion regrettable règne dans les descriptions données par les chirurgiens. Cependant, lorsqu'on regarde de près, lorsqu'on se livre à des recherches sérieuses, on s'aperçoit vite que les affections chirurgicales congénitales sont plus communes qu'on ne le croit ordinairement, et qu'on peut attribuer à la congénitalité beaucoup de maladies dont les auteurs s'évertuent à expliquer l'origine par des causes plus ou moins acceptables. C'est pour avoir méconnu l'origine congénitale de certaines affections que beaucoup d'erreurs, sur l'étiologie de certaines tumeurs, encombrent les descriptions de ces maladies.

Je n'ai point l'intention de traiter complétement les affections chi-

rurgicales de nature congénitale; il me suffit pour le moment d'indiquer cette origine trop négligée ou trop méconnue, et d'appeler sur cet important sujet l'attention des observateurs. Je me bornerai à formuler en principe cette donnée générale, à savoir que beaucoup de maladies chirurgicales de la classe des tumeurs, et en particulier des tumeurs kystiques, se développent pendant la vie intra-utérine, pendant l'évolution embryonnaire; que ces mêmes affections, reconnues après la naissance, à une période plus ou moins avancée de la vie, et rapportées à l'influence d'une loi appelée loi de *hétérotopie plastique*, ne sont que des affections congénitales, et que la loi qu'on invoque pour expliquer leur formation n'est, en définitive, que la formule d'une pensée, et nullement la conclusion logique de faits bien observés. L'observation suivante est du nombre de celles qui ont été rangées trop complaisamment dans les attributions de la loi de hétérotopie. La rareté de faits du même genre me fait un devoir de le publier; il ajoutera en outre un chaînon à la série des faits de cet ordre, et pourra servir à compléter la série des tumeurs congénitales des régions de la tête et du cou.

C'est en effet dans ces deux régions que se rencontrent le plus fréquemment les tumeurs kystiques congénitales; ces tumeurs sont tantôt formées par le développement excessif, par la procidence de la grande cavité séreuse arachnoïdienne et de l'organe qu'elle renferme : les encéphalocèles, les méningocèles; tumeurs décrites avec grand soin par C. Adams (1), Spring (2), Niemeyer (3). Les autres sont constituées par des poches remplies d'une matière graisseuse, contenant un grand nombre de poils, d'épiderme, décrites et désignées par Lebert (4) sous le nom de tumeurs dermoïdes. D'autres enfin sont formées par des poches contenant un liquide séreux, visqueux, chargé de pailletes de cholestérine, parfois contenant aussi des noyaux osseux ou cartilagineux, des débris de fœtus, véritables inclusions fœtales. Dans cette énumération, je fais abstraction à dessein des tumeurs formées par des masses érectiles.

Dans ce premier groupe, nous rangeons les hernies cérébrales, à

---

(1) Dublin medical Journal. 2 vol., p. 326. 1833.

(2) *Monographie de la hernie du cerveau*, à Bruxelles, 1855.

(3) *De hernia cerebri congenita*, etc., etc. Halæ, 1833.

(4) Mém. de la Soc. de biologie, t. IV, 1re série,

quelque région du crâne qu'elles appartiennent ; qu'elles soient formées par la région arachnoïde seule : les observations de Behrends, ou qu'elles soient constituées par le développement d'un des ventricules du cerveau, ainsi que le démontrent les observations de Prescott, Hewett.

Dans le deuxième groupe, nous plaçons les kystes dermoïdes ayant spécialement pour siége le pourtour des orbites, la région cervicale, et par exception la voûte du crâne et la cavité cranienne. Au troisième groupe, appartiennent les tumeurs kystiques de toute sorte, décrites avec grand soin par Hawkins (1), Wernher (2), Gurlt (3), Athol Johnson, Valentine Mott (4), tumeurs constituant une grande partie de celles que Mayor a désignées sous le nom d'hydrocèles du cou.

Enfin dans un quatrième groupe viennent prendre place les inclusions fœtales décrites avec soin par Gilles (5).

Le fait que nous avons observé appartient au deuxième groupe, c'est-à-dire aux *tumeurs dermoïdes ;* mais la région où il s'est développé, la fontanelle antérieure, lui donne une certaine valeur. Le sujet de cette observation a été présenté à l'hôpital des Enfants malades au mois de décembre 1865.

Obs. — Une petite fille âgée de 3 mois, bien portante, bien constituée, portait dans la région de la fontanelle antérieure une tumeur ovoïde du volume d'un gros œuf de pigeon. Cette tumeur, couverte par un duvet blanchâtre ne présentant aucun battement ou oscillation pendant la respiration, était transparente, et cette transparence était très-reconnaissable par la lumière transmise. La forme de la tumeur, son siége, sa transparence, tout faisait croire qu'on avait affaire à un exemple rare de méningocèle, développée dans la région de la fontanelle antérieure. Pour mieux assurer ce diagnostic, je résolus d'explorer le kyste en le ponctionnant avec une épingle. Cette ponction donna issue à un liquide transparent. Quelques jours après, la tumeur fut de nouveau ponctionnée avec un trocart très-fin ; il s'écoula par la canule de l'instrument

---

(1) Med. chir. transactions, 1839. vol. XXII.

(2) *Die angeborenen kysten-hygrome.* Giessen, 1843.

(3) *Uber die cystengeschwülste, des Halses*, Berlin, 1855.

(4) *Transact. of the New-York Acad. of medecine*, vol. 1, part. 1, 1851.

(5) *De hygromatis cysticis congenitis*, Bonnæ, 1852.

près de 10 grammes d'un liquide aussi transparent que de l'eau de roche, en tous points identique à celui d'un spina-bifida que j'avais ponctionné dans la même séance. Ce liquide, d'un goût salé, donnait par le nitrate d'argent un précipité blanc caillebotté : du chlorure d'argent. Le diagnostic parut donc confirmé, et la tumeur fut diagnostiquée et traitée comme une méningocèle. Après avoir vidé complétement le kyste, sa surface fut couverte d'une couche de collodion et comprimée avec une couche de ouate maintenue avec une bande.

L'enfant était ramenée tous les huit jours à ma clinique. Dans le but d'obtenir une diminution progressive, la tumeur était ponctionnée tous les huit jours et traitée de la même manière, c'est-à-dire couverte d'une couche de collodion et comprimée avec une pelote de ouate maintenue avec une bande. Après six ponctions, le volume ne parut point diminuer. Le liquide écoulé à chaque ponction avait les mêmes propriétés signalées. Après trois mois de traitement, l'enfant fut perdue de vue, et ne revint à la Clinique que deux mois après.

Dans l'intervalle, la petite malade avait été prise de rougeole. Au moment où elle revint de nouveau à l'hôpital, nous constatâmes que la tumeur avait perdu sa transparence, qu'elle avait augmenté de volume. Une nouvelle ponction donne issue à un liquide rougeâtre, un peu plus épais, mélangé de grumeaux blancs comme des grains de semoule. Ces grumeaux, examinés au microscope, me paraissent composés d'éléments épithéliaux ; des paillettes de cholestérine nageaient aussi dans le liquide du kyste. Ces grumeaux, examinés par un micrographe habile, lui parurent formés par les enveloppes de cellules graisseuses. Une légère inflammation étant survenue après cette dernière ponction, il a fallu attendre avant d'essayer un traitement radical.

Dans la croyance que j'avais affaire à une méningocèle, je résolus d'employer le procédé suivant : découvrir la tumeur en l'isolant du cuir chevelu, disséquer le tégument jusqu'à sa base, et former ainsi un lambeau cutané; lier le pédicule de communication avec l'arachnoïde, l'étreindre dans une anse de fil métallique, et exciser la partie étranglée. Dans le cas où la communication avec l'arachnoïde serait très-large, ouvrir la tumeur, toucher la surface interne avec du nitrate d'argent, et essayer d'obtenir une agglutination.

L'enfant se trouvant complétement guérie de son éruption et dans de très-bonnes conditions, je procède à l'opération. Après avoir soumis la petite malade au chloroforme, la demi-circonférence de la base de la tumeur fut circonscrite par une incision curviligne, le cuir chevelu, formant une espèce de lambeau, fut complétement disséqué et mit à découvert une tumeur enveloppée par une membrane fibreuse à reflets bleuâtres, laissant supposer qu'elle était constituée par la dure-mère.

L'implantation de la tumeur par une large surface nous faisait renoncer à l'étreindre dans une anse métallique; le kyste fut donc largement ouvert dans toute son étendue; l'incision donna issue à un liquide rougeâtre mélangé de grumeaux blancs très-nombreux; la face interne de cette poche montrait une surface blanchâtre granuleuse de plus de 0,001 d'épaisseur, comme constituée par une série de cristallisations parsemées d'un duvet blanc à filaments assez longs, cette poche complétement close n'avait aucune communication avec la cavité cranienne. Il était évident que notre diagnostic était en défaut, et au lieu d'avoir affaire à une méningocèle, nous avions un rare et magnifique exemple de kyste dermoïde; le plan de l'opération fut complétement modifié, et l'ablation complète de la tumeur dut être pratiquée. Celle-ci reposait complétement sur la fontanelle antérieure. La tumeur étant complétement enlevée, la plaie est épongée et essuyée avec soin, le lambeau cutané est appliqué sur la fontanelle, légèrement comprimé au moyen d'une couche de ouate et d'une bande; un mois après, la plaie était complétement cicatrisée, et l'enfant complétement guérie; la petite fille avait alors 9 mois.

La tumeur enlevée présente le volume d'une sphère ayant 0,03 de diamètre; elle est constituée par deux couches bien distinctes : l'une extérieure, de nature fibreuse, et l'autre interne, de nature cutanée. Cette composition se reconnaît par la dissection et par la macération dans une solution d'acide tartrique. La première couche offre tous les éléments histologiques du tissu fibreux; elle est parsemée d'un grand nombre de vaisseaux, formant un plexus à mailles serrées, se perdant par un riche réseau dans la couche interne. La seconde couche est constituée par un derme à surface finement granulée, recouvert d'une couche épithéliale, composée de cellules polygonales irrégulières. Au moyen de la macération dans l'eau acidulée, la couche épidermique se décompose en deux lamelles bien distinctes; la plus interne de ces lames est recouverte par des masses de globes épidermiques, ce qui lui donnait l'aspect d'une surface granuleuse; ces deux lamelles sont traversées par des poils blanchâtres assez longs; le côté de la couche épithéliale qui repose directement sur le derme porte les prolongements des fourreaux épidermiques des poils et des glandes sébacées. La surface du derme est parsemée d'un grand nombre de poils dont le bulbe est parfaitement constitué, contenant des glandes sébacées très-complètes se rendant dans le canal pilifère. Ces détails morphologiques se constatent parfaitement à l'aide d'un grossissement de 300 diamètres. La matière blanche granuleuse qui tapisse le kyste et qui donne à sa face interne une apparence laiteuse, est constituée par des cellules épithéliales vides de leurs noyaux, par des granulations et la cholestérine.

Nous rencontrons dans ce magma de globes épidermiques à peine quelques traces de matière graisseuse.

Ainsi, voilà un kyste dermoïde contenant une masse de globes épidermiques, des paillettes de cholesterine, rempli par un liquide transparent chargé de chlorure de sodium, identique au liquide du spina-bifida, et par ce seul fait, ayant donné lieu à une erreur de diagnostic. Cette observation est donc doublement intéressante : 1° au point de vue du siége de la tumeur ; 2° en raison du liquide qu'elle renfermait. Je ne connais aucun exemple analogue. J'ai cru un moment qu'un cas de même nature observé par M. Belin était le pendant du mien, mais la lecture du remarquable rapport du professeur Stoltz (1) m'a démontré que ce fait n'avait aucune analogie avec celui que j'ai observé.

En disant que je ne connais aucun exemple de tumeur analogue placé dans la même région, je ne veux pas faire supposer qu'il n'existe pas dans la science des tumeurs dermoïdes du crâne. Morgagni (2), Ogle (3), Stanley (4), ont cité des tumeurs de cette nature, et on en trouve un exemple dans le musée de l'hôpital de Saint-Bartholomew. Mais dans aucun des faits cités, ou autres observés dans les diverses régions du corps ; les tumeurs n'étaient remplies par un liquide. Stanley a observé un cas de kyste dermoïde renfermant des poils et placé en arrière de la suture coronale.

L'observation de Stanley et la mienne démontrent que des tumeurs dermoïdes peuvent se développer sous le cuir chevelu, dans la région même des fontanelles. Celles de Morgagni et d'Oglé, et le fait de la collection de l'hôpital de Saint-Bartholomew (de Londres), démontrent également la possibilité de l'existence de tumeurs du même ordre dans la cavité cranienne.

Des faits qu'on pourrait croire analogues aux précédents, observés par Rouget (5) et Lenoir prouvent que la présence de ces kystes sur

---

(1) Gazette médicale de Strasbourg. 1866.

(2) *Epistola anatomica* (Epist. XX, § 58, p. 455), 1866.

(3) Transaction of pathological Society, vol. VI, p. 12, et British foreing and medical rew., juillet 1865, p. 200.

(4) Museum of Saint-Barth Hospital, série 6, n° 56. *Ibid.*, série 36, n° 35 et 62.

(5) *Mém. de la Soc. de biologie.*

les parois du crâne peut déterminer par leur développement l'atrophie et la perforation même des os, comme cela est arrivé dans les deux faits de Rouget et Lenoir.

De ce fait, à savoir de la possibilité de l'atrophie et de la perforation des os du crâne, découle le précepte d'opérer de bonne heure, d'enlever aussitôt que possible les tumeurs de même ordre placées dans les régions craniennes. Nous ne saurions trop insister sur ce précepte de pratique et de formuler en principe : que toutes les fois qu'un enfant bien portant, bien constitué, présente une tumeur analogue dans ces régions, il ne faut pas hésiter à l'opérer en le soumettant préalablement à l'anesthésie, soit avec l'amylène, le chloroforme ou l'éther.

On pourrait se demander par quel mécanisme se développent ces tumeurs, comment se forment des kystes dont la paroi interne est constituée par un véritable tégument. Nous avons cherché dans la série des phases embryonnaires des éléments pour résoudre le problème. Mais si l'on ne veut pas se payer de mots, si l'on veut une démonstration rigoureuse, on est forcé d'avouer que l'étiologie de ces formations nous échappe, et que la loi de l'hétérotopie, loi qui affirme « que beaucoup de tissus simples ou composés et des organes plus « complexes même peuvent se former de toutes pièces dans des en- « droits du corps où dans l'état normal on ne les rencontre point (1), » et par laquelle on a voulu expliquer la formation de ces kystes ; cette loi, dis-je, ne résiste pas à un examen sérieux.

Des recherches nombreuses sur une très-grande échelle nous permettent d'établir et de formuler en principe, qu'un grand nombre de tumeurs, en particulier les tumeurs kystiques, à quelque région qu'elles appartiennent, se développent pendant l'évolution embryonnaire, et *sont de nature congénitale.*

---

(1) *Mém. de la Soc. de biologie*, t. IV, 1re série, p. 204.

Paris. — Imprimé par E. Thunot et Ce, 26, rue Racine.

Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30567609

sidérable ne se retrouvent pas dans la plaie qu'ils ont produite, parce qu'ils ne labourent les tissus que par un de leurs angles ou un de leurs bords : les blessures n'en sont pas moins très-profondes quelquefois, toujours anfractueuses, affectant souvent la forme d'un demi-cercle irrégulier dont les téguments décollés, d'un noir bleuâtre flottent comme une valve sur la solution de continuité, dont vous ne pouvez apprécier la profondeur qu'en soulevant ce lambeau de peau déjà mortifiée ou qui se mortifiera certainement au moins en partie. La plaie que fait l'éclat d'obus peut être plus longue que large et ressembler à une coupure à bords dentelés : nous avons observé deux exemples de cette nature au niveau de la face plantaire; dans l'un toute la plante du pied était séparée en deux valves *comme les deux feuillets d'un livre.* Dans un troisième, qui était celui d'un officier de la Commune D....., le calcanéum avait été en même temps intéressé.

Souvent ces plaies, par suite de la rétraction de la peau, ont leurs bords renversés en dehors, ce qui rend la blessure béante et laisse voir, au fond, des débris de tissus fibreux, musculaires, etc., cloisonnant l'espèce de cavité produite par le projectile. Généralement elles ne sont pas immédiatement suivies d'écoulement sanguin considérable, mais sont accompagnées d'une *stupeur locale,* sorte d'anesthésie qui rend l'exploration immédiate moins douloureuse que lorsqu'elle est faite quelque temps après.

2° *Le séton par éclat d'obus* se produit surtout quand le fragment a pénétré par un de ses angles bien aigus, quand il possède une force impulsive considérable, ce qui a lieu lorsque l'obus a éclaté près du blessé; enfin, quand le mouvement de l'éclat est en même temps giratoire et curviligne, au lieu d'être en ligne directe. — Il ne ressemble en rien à celui qui est produit par une balle ; en effet, les deux ouvertures sont toujours beaucoup plus larges, principalement l'ouverture de sortie; elles n'offrent aucune régularité et sont bordées par un cercle de téguments fortement contus. — Tantôt la peau constitue à elle seule le pont du trajet; tantôt le séton est plus profond et les muscles sont dilacérés dans une étendue toujours considérable : c'est ce qu'on observe au niveau du gras du mollet ou de la